

Travail du Service de Monsieur le Docteur Bourgeois
Service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital Laennec

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° 143

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Tahar ZAOUCHE

Né à Tunis, le 6 septembre 1904

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'Étude

des

Plasmocytomes des Voies aériennes
supérieures

Président : M. ROUSSY, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & Co, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Tahar ZAOUCHE

Né à Tunis, le 6 septembre 1904
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'Étude

des

**Plasmocytomes des Voies aériennes
supérieures**

Président : M. ROUSSY, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.). Pathologie médicale.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ. Pathologie médicale.
 CADENAT. . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA. . . . Pathologie médicale.
 CHABROL. . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE. Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. . . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL. . . Bactériologie.
 GATELLIER. . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD. Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HAZARD. . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN. . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MILLOT. Histologie.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHET. Physiologie.
 SANNIÉ. Chimie biologique.
 SÉZARY. Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.
 VIGNES. Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT. . . . Obstétrique.
 LEQUEUX. . . . Obstétrique.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER. . . . Histologie.
 ZIMMERN. . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . Clinique médicale
CHIRAY. . . Clinique médicale.
DEBRÉ. . . Clinique médicale
DUVOIR. . . Clinique médicale.
FIESSINGER. Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique mé-
dicale.
BASSET . . . Clinique chirurgicale
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
MATHIEU . . Clinique chirurgicale.
MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
PROUST. . . Clinique chirurgicale
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.
LE LORIER . Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
METZGER . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT.	Stomatologie,
LEDoux-LEBARD.	Education physique.
WEIL-HALLÉ	Radiologie clinique
	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*En témoignage de grande affection
et de vive reconnaissance.*

A MON FRÈRE

A MES ONCLES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR ROUSSY

Professeur d'Anatomie pathologique
Membre de l'Académie de Médecine

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En hommage de notre respectueuse gratitude.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

MM. HARTMANN
SERGENT
DESCOMPS (*in memoriam*)

Externat :

MM. DUJARIER (*in memoriam*)
LESNE
ROUGET
BLOCH
GRIVOT
BOURGEOIS

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL H. DE ROTHSCHILD

Internat 1929-1932 :

MM. PICOT
VAUDREMER

A MM. LES DOCTEURS EHRHARDT
YACOEL
BALLERIN
DUCOURTIOUX
MORIN

A M. LE DOCTEUR H. BOURGEOIS

Chef du service O.-R.-L. de l'Hôpital Laënnec

*Qui a consenti à m'accueillir
dans son service.*

*Qu'il veuille trouver ici l'hom-
mage de ma respectueuse recon-
naissance.*

A M. LE DOCTEUR HUET

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

*Qui a bien voulu m'inspirer le
sujet de cette thèse.*

*En témoignage de ma profonde
gratitude.*

A M. LE DOCTEUR G. PICOT

Chirurgien de l'Hôpital Bretonneau
Chirurgien de l'Hôpital H. de Rothschild

*Hommage de mes sentiments
respectueux et reconnaissants pour
le bienveillant intérêt qu'il m'a
toujours témoigné.*

A M. LE DOCTEUR ROUGET

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Trousseau

*Témoignage de sincère grati-
tude.*

A M. LE DOCTEUR BLOCH

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Bretonneau

*Hommage de respectueux dévoue-
ment.*

A M. LE DOCTEUR GRIVOT

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Saint-Antoine

*Hommage de sincère recon-
naissance.*

A MM. LES DOCTEURS LALLEMANT, Assistant du
service O.-R.-L. de l'Hôpital Saint-An-
toine ; DELARUE, Chef de clinique à la
Faculté.

*Dont les conseils m'ont été si
précieux.*

*Qu'ils veuillent trouver ici l'ex-
pression cordiale de ma recon-
naissance.*

A MM. LES DOCTEURS MARION, FOUQUET

A MM. LES DOCTEURS WIRZ, PERGOLA, ROMDANE.

Bien amicalement.

Contribution à l'Étude
des
**Plasmocytomes des Voies aériennes
supérieures**

INTRODUCTION

On désigne sous le nom de plasmocytomes, des tumeurs de la série communément rencontrée dans la moelle osseuse : tumeurs essentiellement malignes, à métastases multiples et précoces, à pronostic sombre.

Mais à côté de ces plasmocytomes généralisés, et s'opposant à eux par des caractères distincts, il existe des plasmocytomes nettement localisés, et surtout au niveau des voies aériennes supérieures. Ce sont ces derniers que nous nous proposons d'étudier.

Les plasmocytomes des voies aériennes supérieures ont été individualisés depuis quelques années, à la lueur de quelques cas publiés en Allemagne principalement et dont le premier date de 1905.

Plus récemment en France, deux observations de plasmocytomes du larynx et de la trachée furent rapportés à la Société de Laryngologie de Paris,

successivement par MM. Bourgeois et Huet en 1930, et par MM. Leroux, Lallemant et Delarue en 1931. Si, à celles-ci, il manque le recul du temps suffisant pour pouvoir affirmer nettement certains caractères de l'affection dont elles font état, il semble cependant qu'il s'agit là aussi comme dans les communications allemandes de proliférations où le plasmocyte prédomine, où les métastases sont absentes et le pronostic favorable.

Toutes ces considérations nous ont amené, sur les conseils de M. Huet, à faire des plasmocytomes des voies aériennes supérieures le sujet de notre thèse. Nous essaierons, au cours de celle-ci, de définir la nature et les caractères propres de telles néoformations et de les situer par rapport aux tumeurs plasmocytaires osseuses et aux processus inflammatoires hyperplasiques banaux ou spécifiques.

HISTORIQUE

Tous les auteurs s'accordent sur l'extrême rareté des plasmocytomes des voies aériennes supérieures. C'est dans les pays de langue allemande qu'ont été rapportées les plus nombreuses observations et il nous faut consulter la revue générale qui a été consacrée à la question par Opikofer (Bâle) en 1926, pour trouver mentionnés les noms des premiers observateurs.

En 1905, Schridde note chez un homme de 40 ans un plasmocytome du cavum.

En 1907, Boit signale un plasmocytome de la corde vocale droite chez un malade de 55 ans.

En 1911, c'est le tour de Werdt d'observer un plasmocytome au niveau de la face dorsale du voile. Le malade était âgé de 69 ans.

En 1914, Wachter publie le cas d'un malade porteur de plusieurs foyers plasmocytaires au niveau du cavum, de la corde vocale gauche et dans la région de l'orifice tubaire gauche.

En 1926, Opikofer publie simultanément deux cas : un plasmocytome de l'amygdale gauche et un plasmocytome du cavum, mais ce dernier compliqué de foyers osseux.

En 1927, Huckel rapporte le cas d'un plasmocytome du naso-pharynx et en donne un examen histologique détaillé.

Il nous faut signaler aussi les observations rapportées en Italie dans les années 1927 et 1929, successivement par Pallesstrini, ce dernier cas cependant intéressant un plasmocytome malin, et par Borri, au sujet d'un plasmocytome au niveau du naso-pharynx.

En langue anglaise, citons les deux cas de Rogers en 1929 et de Rosenwasser en 1930.

Toutes ces observations que nous venons de signaler, sauf l'un des cas d'Opikofer et celui de Pallesstrini, se rapportent à des plasmocytomes nettement localisés et survenant chez des sujets qui demeureront indemnes de toutes métastases.

Car il en est d'autres où la localisation au niveau des voies aériennes supérieures ne constituait qu'un épiphénomène au cours d'une généralisation tumorale plasmocytaire maligne. Signalons rapidement les observations de Franck et Kusunocki en 1913, avec foyer dans le naso-pharynx, adénopathie cervicale et tumeur de la cuisse ; celle d'Opikofer, avec de multiples foyers osseux et une adénopathie cervicale ; celle, enfin, de Rössle en 1926 avec nombreuses localisations au niveau du cavum, du sternum, des côtes et du crâne.

Tous ces cas généralisés avec métastases se sont terminés par la mort.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

OBSERVATION I. — *Plasmocytome du larynx.*

M. G..., 65 ans.

Bien portant jusqu'à une trentaine d'années.

A cette époque, à la suite d'un refroidissement, enrrouement qui s'avère tenace, lentement progressif, avec alternatives d'améliorations et d'aggravations.

En 1922, la dysphonie s'accroît et des troubles respiratoires apparaissent qui vont aller s'aggravant jusqu'en 1927.

En 1927, à l'Hôpital Laënnec, examen laryngé par le Dr Huet :

« Au laryngoscope, on constate un bouleversement complet de l'image laryngée. La cavité du larynx est bourrée de tumeurs polypoïdes plus ou moins pédiculées, mobiles avec les mouvements respiratoires et phonatoires. Les parois du vestibule sont soulevées par des bosselures irrégulières sans que la muqueuse semble altérée. Extérieurement, l'examen du larynx ne révèle aucune modification squelettique. »

Par les voies naturelles et sous anesthésie locale, on prélève alors une des tumeurs pédiculées, qu'on envoie au laboratoire.

« *Résultat histologique.* — Sous une muqueuse malpighienne normale, se voient de très volumineux nodules, d'immenses nappes de cellules à noyaux périphériques dont la chromatine est disposée en rayons de roue, à protoplasma éosinophile. Les plasmocytes sont pressés les uns contre les autres, très semblables les uns aux

autres, dans un stroma lâche, très pauvre en éléments fibro-plastiques et en collagène. Ça et là, se voient quelques capillaires à peu près normaux.

Les nodules plasmocytaires ainsi constitués affleurent à la base du revêtement malpighien dont ils sont séparés par une zone plus riche en collagène. En somme ces nodules constitués exclusivement de plasmocytes sans autres types de cellules du tissu de granulation, sans sclérose, sans lésions vasculaires, permettent d'écarter l'idée de lésion inflammatoire banale subaiguë ou spécifique et fait porter le diagnostic de plasmocytome » (Dr Huguenin).

Le Wassermann a été négatif.

A la suite de la biopsie, le malade se sent soulagé. La voix, bien qu'éclaircie, reste enrouée; mais les troubles respiratoires ont presque complètement disparu.

Tout va bien jusqu'en décembre 1930, où survient brusquement pendant la nuit une crise d'étouffement.

Le malade est admis à Laënnec.

Une *laryngoscopie* faite alors révèle, outre les éléments notés au premier examen, « deux masses pédiculées, d'une grosseur d'une cerise et implantées dans la région du ventricule gauche ».

Intervention le 5 décembre 1930 (Dr Huet).

On décide d'intervenir par thyrotomie pour faciliter l'exploration de la cavité du larynx et assurer l'ablation complète des masses avec leurs pédicules. Electro-coagulation de la zone d'implantation.

Suites opératoires excellentes. Le malade quitte l'hôpital le 22 décembre 1930 : voix notablement éclaircie, troubles respiratoires complètement disparus.

Le malade a été revu à différentes reprises, et en dernier lieu le 16 février 1932. Etat excellent. Un Wassermann fait ce même jour après réactivation (deux injections de Novar 0,15) s'est montré comme en 1927 négatif.

OBSERVATION II. — *Plasmocytome de la trachée.*

M. Le D..., 40 ans.

Gazé en août 1918. Séquelles : toux, sensation de corps étranger dans la gorge, voix enrouée.

En janvier 1930, apparition de crises d'étouffement surtout à l'effort.

En mai 1930, les crises sont plus nombreuses et plus intenses, obligeant le malade à cesser toute occupation. Voix très couverte, amaigrissement.

Le 17 juillet 1930, devant les progrès de la dyspnée, *trachéotomie* par le Dr Leroux. En même temps, *biopsie* par laryngoscopie directe et envoi au laboratoire.

« *Résultat histologique.* — Il montre dans le chorion, dont l'épaisseur est considérablement augmentée de ce fait, une nappe diffuse d'éléments cellulaires qu'un examen au faible grossissement montre grossièrement arrondis. Ils sont en certains points, serrés les uns contre les autres; en d'autres, et surtout à la périphérie de la tumeur, ils apparaissent dissociés, essaimés dans un tissu conjonctif lâche, en sorte que le nodule tumoral apparaît fort mal limité. Celui-ci est constitué par des éléments cellulaires, qui apparaissent au fort grossissement de volume assez variable, mais de morphologie à peu près semblable en tous les points considérés; cellules arrondies ou piriformes, à protoplasme très faiblement basophile. Le noyau se trouve situé à la périphérie de la cellule, la chromatine en est située contre la membrane nucléaire. Ils ont, en somme, tous les caractères morphologiques des plasmocytes. Les colorations électives du collagène montrent que le stroma de la tumeur est extrêmement grêle et très pauvre en fibres conjonctives. Ça et là se voient quelques fines fibrilles conjonctives. Des vaisseaux légèrement congestionnés, entourés de rares leucocytes, polynucléaires neutrophiles, se voient de place en place. Il s'agit en

somme d'un plasmocytome, d'une tumeur constituée par des plasmocytes adultes, parmi lesquels on ne peut trouver aucun caractère cellulaire de malignité, ni mitose atypique, ni monstruosité. L'épithélium trachéal est en métaplasie malpighienne » (Dr Delarue).

Wassermann négatif. Examen général : amaigrissement.

Le 5 septembre 1930, sous anesthésie locale, *intervention* par le Dr Lallemand :

« Par crico-thyrotomie, on accède à une tumeur du volume d'une petite noix, rougeâtre, assez ferme, lobulée, sessile et implantée sur la paroi latérale de la trachée, juste en-dessous du cricoïde. Après avoir incisé la muqueuse trachéale juste au-dessus du point d'implantation, on arrive, sans trop de difficulté, à désinsérer ainsi la tumeur avec une collerette de muqueuse trachéale saine autour de sa base; cette base représentait en surface la dimension d'une pièce de cinquante centimes. »

Electro-coagulation de la zone d'implantation.

Suites favorables; la canule trachéale fut enlevée au quatrième jour et le malade a quitté le service un mois après, en excellent état.

Il a été revu à différentes reprises depuis. Etat local satisfaisant, mais, un Wassermann pratiqué après réactivation (deux injections de Novar 0,15) s'est montré franchement positif.

GÉNÉRALITÉS

AGE. — On observe le plasmocytome des voies aériennes supérieures généralement chez des malades dont l'âge oscille entre 35 et 70 ans. Nos deux malades sont respectivement âgés de 39 et 65 ans.

SEXE. — Il semble que l'homme soit atteint plus souvent que la femme. Dans un travail important sur le Plasmacytome, Opikofer note que sur huit cas qu'il a pu réunir, il y a une proportion de sept hommes et une femme.

SIÈGE. — Les localisations sont très variables. On peut en observer au niveau du cavum, des amygdales, du larynx, de la trachée. Dans notre observation I, le point de départ était le ventricule gauche. Dans notre observation II, le siège était trachéal, immédiatement sous-glottique.

FRÉQUENCE. — Le plasmocytome des voies aériennes supérieures en tant que prolifération autonome nettement localisée, semble avoir été rencontré très rarement. Malgré un roulement de malades très actif, deux cas seuls, qui font le sujet

de cette thèse, ont été observés dans les services des docteurs Bourgeois et Grivot. Dans la littérature étrangère et particulièrement allemande, nous n'avons trouvé que quelques communications se rapportant au même sujet.

SYMPTOMATOLOGIE

Il est possible, et cela sans crainte d'être trop schématique, de décrire deux périodes dans la symptomatologie des Plasmocytomes des voies aériennes supérieures :

1° Une période de début, plus ou moins longue, allant de quelques mois à plusieurs années, marquée surtout par la diversité et la fréquence des poussées inflammatoires au niveau de tel ou tel autre segment des voies aériennes supérieures ;

2° Une période d'état, au cours de laquelle, les progrès de la prolifération tumorale plasmocytaire finissent par gêner considérablement le libre fonctionnement des voies aériennes supérieures et par provoquer des accidents tels qu'il est souvent de toute urgence d'intervenir radicalement et sans retard.

* * *

Les Plasmocytomes peuvent se rencontrer, comme nous l'avons déjà vu, en des points divers des voies aériennes supérieures : fosses nasales, larynx, trachée. De cette variété dans le siège dépend une

symptomatologie également variée, tout au moins par certains caractères.

Nous passerons donc en revue les différentes formes de localisation qui ont été rapportées, en commençant par celle qui nous a paru être relativement la plus fréquente : le Plasmocytome du larynx. Cependant, il nous semble utile, vu la similitude de leur symptomatologie respective, de lui adjoindre le plasmocytome de la partie toute supérieure de la trachée ; nous décrirons donc pour commencer un type *laryngo-trachéal*, autrement dit celui qu'on peut découvrir au miroir laryngé.

Plasmocytome laryngo-trachéal.

I. — PÉRIODE DE DÉBUT OU DYSPHONIQUE.

Les premiers signes fonctionnels sont si insignifiants et d'apparence si peu grave, que le début ne peut être précisé. Généralement, un homme aux environs de la quarantaine ou au-dessus, qui a eu jusque-là à se faire traiter pour de multiples poussées de laryngite ou de trachéite, commence à présenter un enrouement progressif avec alternatives d'amélioration et d'aggravation. La voix se voile, devient rauque, puis s'éclaircit, sans cependant revenir à son état antérieur de clarté.

Souvent il s'ajoute une petite toux sèche d'irritation, accompagnée d'une sensation de picotement, de gêne, de corps étranger dans la gorge.

Il n'y a cependant aucune douleur spontanée, aucun trouble de la déglutition.

L'état général ne présente rien d'anormal.

Examen. — Un examen laryngoscopique pratiqué à cette phase montre toujours, comme symptômes physiques prédominant, des lésions de laryngite chronique auxquelles rien ne permet généralement d'accorder une nature particulière : catarrhe recouvrant plus ou moins la muqueuse laryngée ; cordes vocales congestionnées, hypertrophiées par place ou en totalité ; bandes ventriculaires souvent épaissies, coiffant les cordes et accentuant de ce fait la raucité de la voix.

Cependant, peut-être dès ce moment, pourrait-on découvrir parfois un petit nodule siégeant au niveau d'un point quelconque du larynx ou de la partie supérieure de la trachée. Mais cette particularité reste noyée dans le syndrome prédominant de laryngite chronique, et il faudrait en venir à une biopsie pour pouvoir affirmer la nature plasmocytaire de cette prolifération, qui est à son tout premier stade de développement. En réalité, ce n'est que beaucoup plus tard que l'attention est vraiment attirée et que l'on pourrait alors penser, entre autres diagnostics cliniques, à la possibilité d'un plasmocytome, hypothèse qui serait elle-même à vérifier par un examen histologique.

Quoi qu'il en soit, les symptômes de laryngite chronique que nous avons signalés, cèdent plus ou

moins à la thérapeutique habituelle, et le malade peut continuer à vaquer normalement à ses occupations, jusqu'au jour où les progrès de développement de la tumeur se traduisent par des signes fonctionnels plus marqués.

Cette période de début peut être de durée très variable ; pour nos deux malades, elle a été respectivement d'une trentaine et d'une douzaine d'années.

II. — PÉRIODE D'ÉTAT OU DYSPNÉIQUE.

Tôt ou tard, la symptomatologie fonctionnelle qui était demeurée inchangée, à quelques variations près, tend à se compléter par l'apparition d'un signe nouveau : la dyspnée.

Celle-ci survient, tout d'abord, à l'effort, puis rapidement, avec une fréquence telle que le malade se voit obligé de restreindre considérablement son activité. Bientôt, apparaissent des crises nocturnes de nature spasmodique, réveillant le malade en sursaut de son sommeil, et l'obligeant, pour assurer sa respiration, à des efforts pénibles ; ces accès, dont la gravité s'accroît avec le développement du plasmocytome, réalisent, quand ils sont intenses, un tableau dramatique et quelque peu différent, suivant que le siège de la tumeur est laryngé ou trachéal. Dans le premier cas, la dyspnée est prédominante pendant l'inspiration au cours de laquelle le larynx s'abaisse ; le tirage sus-sternal est intense et s'ac-

compagne soit de cornage, soit d'une série de bruits laryngés réalisant la respiration serratique. Si au contraire, le siège de la tumeur est trachéal, la dyspnée est autant inspiratoire qu'expiratoire et ne s'accompagne pas d'abaissement du larynx. Souvent, il existe une toux de compression à timbre métallique.

Toute cette symptomatologie se complète très lentement, de sorte qu'il n'est pas rare de constater, parfois même à une période assez avancée de l'affection, que le malade semble supporter sans trop de difficultés apparentes, une notable diminution de son débit respiratoire : c'est en somme l'adaptation à une véritable « diète respiratoire ».

Mais toute intéressante que puisse être la constatation de tels signes, le tableau reste néanmoins dominé par les progrès de la dyspnée et la possibilité d'accidents spasmodiques qui peuvent être suffisamment intenses pour obliger à pratiquer d'urgence la trachéotomie (observ. II).

Examen. — L'examen du larynx sera pratiqué avec prudence pour éviter le déclenchement d'un spasme.

On usera du miroir laryngé ou de la laryngoscopie directe, cette deuxième méthode surtout indiquée après une trachéotomie.

Généralement, la tumeur est unique et peut occuper une zone quelconque du larynx ou de la partie supérieure de la trachée.

Tantôt, comme dans l'observation rapportée par Boit en 1907, le point d'implantation est une corde vocale. C'est une petite tumeur lisse, assez ferme, généralement sessile, recouvrant tout ou partie de la corde qui, symptôme capital, garde toujours une mobilité normale.

Tantôt c'est une bande ventriculaire qui est intéressée (observ. I), ou encore une commissure qui prend un aspect mammelonné.

D'autres fois, c'est au niveau de la sous-glotte que l'on découvre une petite tumeur bien limitée et occupant une paroi quelconque du conduit aérien ; il importe, dans ce cas, de bien distinguer si le point d'implantation est laryngé ou trachéal supérieur, constatations qui ont leur valeur au point de vue de la voie à suivre au cours de l'intervention.

Mais, si le plasmocytome est généralement unique, il peut cependant se présenter sous l'aspect de proliférations multiples et de formes variées : éléments sessiles voisinant avec d'autres, pédiculés, polypoïdes, obstruant le larynx et en bouleversant l'architecture.

Tels sont les résultats fournis par la laryngoscopie et on la complètera par un examen laryngé externe pour se rendre compte des modifications architecturales possibles.

D'autre part, une rhinoscopie tant antérieure que postérieure sera effectuée pour rechercher s'il n'existe pas dans le cavum d'autres proliférations tumorales.

On recherchera toujours une adénopathie, mais celle-ci est généralement absente.

Quoiqu'il en soit, la biopsie s'impose et dès la réponse du laboratoire, on complètera cette série d'examens locaux par un examen général complet :

un examen soigneux du squelette tant clinique que radiologique en vue de dépister une tumeur osseuse possible,

un examen de sang duquel on tirera les renseignements suivants : Wasserman après réactivation, numération globulaire, formule sanguine.

Signes généraux. — L'état général est relativement bien conservé ; il n'y a pas de température. Parfois cependant, on peut noter un amaigrissement d'importance variable. Ainsi notre malade au plasmocytome de la trachée avait vu son poids fléchir au cours de l'évolution de sa tumeur, de 72 kilos à 55 kilos. A sa sortie de Saint-Antoine, il accusait un poids de 79 kilos.

En résumé. — C'est donc le tableau d'une sténose laryngée ou trachéale haute avec dysphonie, dyspnée, toux.

L'examen laryngoscopique en révèle la cause : une néoformation laryngée ou trachéale juxta-laryngée.

Ces constatations commandent la biopsie et l'ablation radicale.

Plasmocytome du cavum.

Le point de départ de la tumeur, dans cette localisation, semble siéger de préférence sur la face pharyngienne du voile, comme l'ont observé et noté Werdt en 1911, Wachter en 1914 et Hückel en 1927.

Le début peut être rarement précisé.

L'interrogatoire, au cours de la période d'état, révèle cependant que des symptômes de coryza chronique tels que obstruction nasale, rhinorrhée muco-purulente ont marqué la première période évolutive. Puis, apparaissent des troubles de la déglutition et du nasonnement de la voix.

Peu à peu, l'insuffisance respiratoire s'accroissant, le malade vient consulter.

Examen. — La rhinoscopie antérieure pourrait montrer, après cocaïnisation, à la partie la plus reculée des fosses nasales, une partie de la néo-formation qu'une rhinoscopie postérieure montrerait comme étant une masse arrondie, rougeâtre, lisse, parfois bosselée, sans adhérences avec le voisinage.

Un toucher rhino-pharyngé la révélerait de consistance assez ferme, rarement molle.

Il n'existe aucune adénopathie.

La cure radicale en vient généralement à bout et Wachter et Werdt ont pu avoir onze ans et quatorze ans après l'intervention de très bonnes nouvelles de leurs malades.

Plasmocytome de l'amygdale.

Opikofer en a signalé un cas en 1914, intéressant l'amygdale gauche.

Le malade n'accuse en général qu'une sensation de gonflement pharyngé unilatéral, de gêne à la déglutition, de corps étranger du pharynx.

Examen. — La tumeur se présente comme une masse faisant corps avec l'amygdale, lisse, rougeâtre, de consistance plus ou moins élastique, mobilisable et non adhérente.

Il n'y a pas d'otalgie, pas d'adénopathie.

L'amygdalectomie met généralement fin au développement de la tumeur.

ÉVOLUTION

Si le plasmocytome est abandonné à lui-même, il est évident que les troubles graves auxquels, par son développement, il finit par donner lieu, ne peuvent que s'accroître, et cela, d'autant plus précocement, que son siège touche de plus près aux fonctions respiratoires. A ce point de vue, le plasmocytome sous-glottique, par exemple, est plus sévère que celui de l'infundibulum ou d'une corde vocale.

Mais dans un cas comme dans l'autre, c'est la mort, à plus ou moins brève échéance, par asphyxie progressive ou par spasme glottique, à moins que l'évolution ne soit encore hâtée par une complication bronchopulmonaire.

Insistons ici sur le fait que l'issue fatale, en cas de non intervention, n'est nullement dû à une évolution maligne histologique locale, mais à une évolution mécaniquement grave, en raison du volume que peut acquérir la tumeur. Celle-ci, en effet, se développe inexorablement sans jamais cependant s'ulcérer ni dégénérer.

Mais pratiquement une telle éventualité n'est jamais observée, et le traitement qui consiste en

une cure radicale est rapidement consécutif au diagnostic. C'est alors une guérison rapide. Parfois cependant, si l'exérèse a été incomplète, il se produit des récives, mais celles-ci s'observent toujours *in situ* et restent strictement locales.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Nous avons vu, chemin faisant, que pratiquement il n'était jamais posé, vu la rareté de l'affection et l'absence de caractères cliniques nettement spécifiques. Il sera donc toujours formellement indiqué d'adjoindre à l'examen le contrôle de la biopsie.

Plasmocytome laryngo-trachéal.

Période de début. — C'est le diagnostic d'une laryngite chronique qui se pose, et cela est très important à élucider, car chez un malade chronique-ment enroué, qui s'inquiète et vient consulter, l'on est en droit de soupçonner soit la tuberculose, soit la syphilis ou encore le cancer.

I. TUBERCULOSE. — Pour éliminer la tuberculose, on recherchera un ensemble de petits signes : la pâleur excessive de la muqueuse du voile du palais, une cordite unilatérale, des lésions de la région inter-aryténoïdienne, sans oublier d'examiner l'état général, de pratiquer l'auscultation, ainsi que les épreuves radiologiques et de laboratoire.

II. SYPHILIS. — La syphilis dans sa forme secon-

daire revêt parfois l'aspect d'une laryngite chronique, par son érythème rouge vermillon diffus. Cependant, celui-ci reste surtout localisé aux cordes qui prennent un aspect rugueux. Là encore, il faudra rechercher d'autres stigmates tels que la simultanéité possible d'accidents pharyngés et pratiquer le Wasserman ; en cas de négativité de celui-ci, on instituera l'épreuve du traitement.

III. CANCER. — L'enrouement du cancer, au début, peut aussi faire croire à une laryngite chronique, mais à cette période, les lésions ne sont nullement diffuses, mais plutôt limitées, unilatérales et, symptôme capital, la corde vocale intéressée est déjà moins mobile que normalement du fait de l'infiltration néoplasique en profondeur.

Période d'état. — Nous laisserons de côté les formes ulcéreuses de la tuberculose, de la syphilis ou du cancer.

D'autres lésions cependant demanderaient à être distinguées dans certains cas.

Si le plasmocytome est sessile, il pourrait être pris pour une forme tumorale de la bacilliose, mais il est rare, bien que cette manifestation tuberculeuse ait une évolution lente et un pronostic assez favorable, que le reste du larynx soit indemne.

Au niveau d'une corde, on reconnaîtra un cancer qui, déjà à sa période d'état, a provoqué, par son envahissement en profondeur, une immobilisation totale de la corde et de l'arythénoïde.

Dans la localisation sous-glottique du plasmocytome seule la biopsie pourrait permettre de le distinguer d'un néoplasme ou encore d'une infiltration syphilitique dont c'est le siège d'élection.

Si le plasmocytome est pédiculé, on aura à éliminer, là encore par l'examen histologique, un polype pédiculé banal du larynx, et surtout des végétations tuberculeuses ou syphilitiques,

Les végétations tuberculeuses siègent, en particulier, au niveau de la région inter-arythénoïdienne. Ce sont de petites tumeurs d'aspect muriforme, rouges ou gris jaunâtre.

Les végétations syphilitiques peuvent également se présenter sous la forme de véritables excroissances irrégulières, pseudo-polypoïdes, de consistance dure, rarement volumineuses.

Plasmocytome du cavum.

On le distinguera :

d'une gomme syphilitique qui infiltre rapidement et enraidit le voile. Son évolution est destructive ; elle nécrose la luette, le voile, un pilier, et perfore même les os ;

d'une tumeur bénigne, telle un fibrome, un papillome ; diagnostics qui restent l'apanage de la biopsie.

Plasmocytome de l'amygdale.

A son examen, on pourrait penser à :

une hypertrophie banale, mais elle est généralement bilatérale ;

une tumeur maligne, mais dans ce cas, on notera de l'induration ligueuse, une adhérence à la zone sous-jacente, une otalgie, des hémorragies.

Plus difficile pourrait être le diagnostic avec un lymphocytome dont on recherchera l'adénopathie caractéristique.

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE

Description macroscopique.

Les Plasmocytomes des voies aériennes supérieures sont le plus souvent uniques, parfois multiples.

Ils se présentent généralement sous la forme de petites masses arrondies, nettement localisées, lisses, parfois bosselées.

Leur volume varie d'une noisette à une petite noix.

Leur coloration est rougeâtre.

Leur consistance est ferme.

Sessiles, le plus souvent, ils peuvent, comme c'est le cas dans notre observation I, être plus ou moins pédiculés et d'aspect polypoïde. Les deux formes peuvent d'ailleurs coexister.

Description microscopique.

Du point de vue de l'architecture générale, l'examen histologique d'une coupe de plasmocytome montre, dans l'épaisseur du chorion, des formations tumorales constituées d'éléments cellulaires, tan-

tôt serrés les uns contre les autres, tantôt dissociés, essaimés, formant néanmoins des nappes plus ou moins diffuses et mal limitées.

Dans l'ensemble et au faible grossissement, la tumeur présente un aspect plurilobé dû à des amas cellulaires séparés par des tractus fibreux.

RAPPORT AVEC LES ÉLÉMENTS ANATOMIQUES.

L'épithélium de surface est généralement normal, jamais ulcéré. Suivant le siège de la tumeur, il peut se présenter sous l'aspect cylindrique ou pavimenteux. Parfois à son niveau on note de l'hyperkératose, soit de la parakératose.

Les vaisseaux sont également intacts, noyés dans la tumeur comme les autres éléments du chorion, et point capital, les éléments cellulaires ne présentent aucune disposition particulière périvasculaire ; aucun rapport spécial des plasmocytes avec les vaisseaux.

ASPECT D'ENSEMBLE DE LA TUMEUR.

Les nappes cellulaires qui constituent la tumeur sont toujours plus ou moins dissociées par une trame collagène que les colorations électives permettent de bien mettre en évidence. Cette trame est inégalement répartie.

En certains points se voient d'épais trousseaux fibreux, parfois en dégénérescence hyaline, parmi

lesquels se voient quelques vaisseaux grêles, à structure embryonnaire, vaisseaux de néoformation sans nul doute. Ces faisceaux conjonctifs denses s'épanouissent en de nombreuses arborisations ; celles-ci, anastomosées les unes aux autres, dessinent une sorte de réseau à mailles plus ou moins lâches, dans lesquelles sont serrés les éléments cellulaires. Ainsi sont constituées diverses formations :

Volumineuses nappes cellulaires vaguement arrondies, circonscrites par une trame fibreuse dense ;

Petits amas de cellules disposés souvent, comme le note Hückel, en « colonnes » ;

Cellules à peu près isolées, séparées les unes des autres par une trame conjonctive grêle, à mailles serrées (fig. I).

En surface, au voisinage de l'épithélium de revêtement, les éléments cellulaires forment des nappes beaucoup moins denses ; ils sont séparés par des intervalles plus ou moins vastes, essaimés dans un stroma par ailleurs tout différent de ce qu'il est dans les régions profondes du chorion. Il s'agit d'un tissu conjonctif, pauvre en collagène, parsemé de quelques vaisseaux grêles ; ces éléments sont parfois dissociés par de l'œdème (fig. II).

ÉTUDE CYTOLOGIQUE.

Les éléments cellulaires qui constituent de telles tumeurs sont tous des plasmocytes. Il est intéressant, pour bien reconnaître ceux-ci, pour apprécier

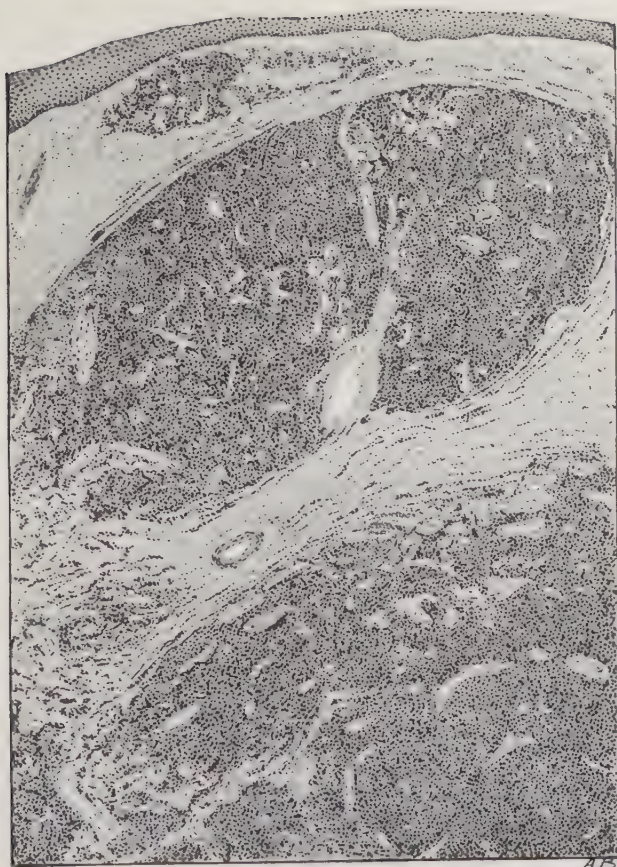


FIG. I

tous leurs caractères habituels, que les pièces aient été bien fixées (Zenker formol si possible plutôt que liquide de Bouin), et que la coloration soit aussi suffisamment élective. Opikofer insiste sur le fait que, lorsque ces conditions ne sont pas réalisées, la confusion a pu être commise avec des lymphosarcomes. A ce point de vue la coloration optimale nous semble être, outre le Giemsa, celle de Dominici à l'éosine orange-bleu de toluidine.

Les Plasmocytes se retrouvent ici avec tous leurs caractères précisés depuis longtemps, en particulier par Dubreuil et Fabre. Ce sont des éléments ovoïdes ou arrondis lorsqu'ils sont isolés, vaguement polyédriques par tassement réciproque, dès qu'ils sont au voisinage les uns des autres.

Le noyau occupe dans la cellule une situation excentrique ; la chromatine y est divisée en grains volumineux, lesquels présentent, dans presque tous les éléments, la « disposition murale » si spéciale, et donnent au noyau, l'aspect rayonné caractéristique. Ce noyau est généralement unique. Il peut être cependant double et même triple (fig. II).

Le protoplasma, relativement abondant, offre à considérer deux régions bien distinctes, qui peuvent être facilement identifiées, même sur les coupes colorées par l'hématoxyline éosine : la partie périphérique est plus fortement colorée ; au voisinage du noyau s'observe une zone plus claire : centrosphères de Dubreuil et Favre. L'aspect grenu du protoplasma décrit par Unna, par Schridde se

retrouve ici avec une particulière netteté. Il est probable qu'une coloration du chondriome montrerait ici, que cet aspect grenu est dû, ainsi que l'ont vu Dubreuil et Favre, à la disposition du chondriome et des grains de ségrégation.

Il s'agit donc de Plasmocytes adultes typiques. Ils présentent partout, mises à part quelques variations volumétriques, un aspect uniforme qui donne à la coupe un caractère monotone bien particulier. Nulle part, nous n'avons pu voir parmi eux, de cellules chargées de granulations oxyphiles ou de corps de Russel. Fait également très important, pour l'identification nosographique de telles lésions, si l'on peut voir de place en place quelques mitoses, nulle part, celles-ci ne présentent de morphologie atypique ; nulle part non plus ne s'observent de monstruosité nucléaires ou d'atypies cellulaires.

A côté des Plasmocytes, type cellulaire rencontré exclusivement dans de telles néoformations, se voient pourtant, çà et là, quelques cellules morphologiquement différentes. Celles-ci se trouvent uniquement dans les régions, où la sclérose est dense, au voisinage des vaisseaux, ou dans les parties les plus superficielles du chorion ; il s'agit de lymphocytes, de macrophages, voire de quelques polynucléaires intacts dont le groupement périvasculaire, l'association, font des témoins d'un processus inflammatoire subaigu.

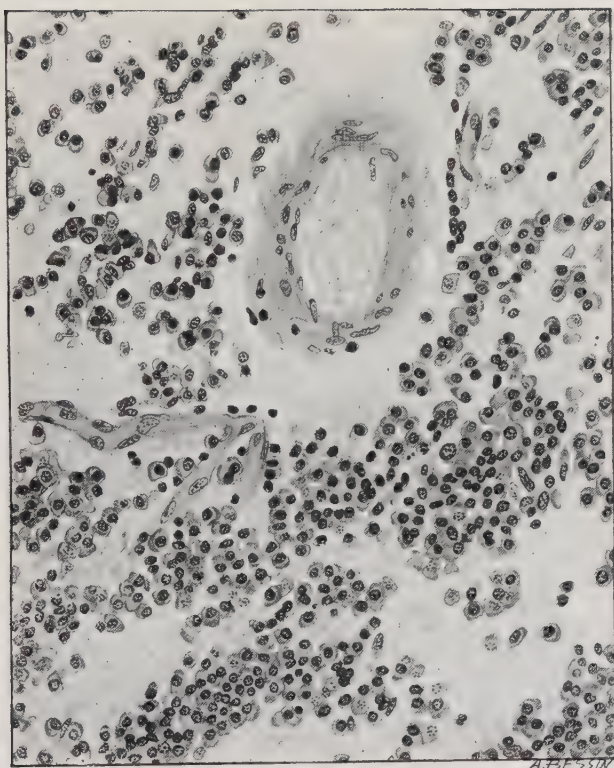


FIG. II

PLACE NOSOGRAPHIQUE

Les Plasmocytomes des voies aériennes supérieures se présentent avec des caractères cliniques, macroscopiques, histologiques et évolutifs nettement définis.

Ces différents faits sembleraient devoir suffire à leur assigner une place nosographique nette ; cependant, il semble que l'on doive essayer de comprendre leur pathogénie ainsi que leur histogénèse, et pour cela, il convient d'envisager leurs rapports, soit avec d'autres tumeurs plasmocytaires, soit avec certains processus inflammatoires.

1° RAPPORTS AVEC LES TUMEURS PLASMOCYTAIRES DES OS.

L'on serait assez tenté, de prime abord, de rapprocher les Plasmocytomes des voies aériennes supérieures des tumeurs plasmocytaires des os, et c'est ainsi que nous avons pu nous demander, dans l'un des cas que nous rapportons, si la tumeur laryngée n'était qu'une formation métastatique d'un plasmocytome osseux. Cette hypothèse nous avait conduit à réserver le pronostic favorable, que pourtant l'aspect local permettait de porter, et à pratiquer

un examen radiologique du squelette qui fut absolument négatif.

Il ne semble pas douteux que les Plasmocytomes des voies aériennes supérieures puissent être parfois liés à des tumeurs osseuses. Il en est ainsi dans les cas de Verebely, Opikofer, Franck et Kusunocki, où justement la prolifération tumorale intéressait non seulement les parties molles, mais aussi le squelette. Or, si l'assimilation peut être faite, dans certains cas, entre les Plasmocytomes osseux et certaines tumeurs à plasmocytes des voies aériennes supérieures, il est également certain que la plupart de celles-ci sont des formations absolument différentes. Tout plaide en faveur de cette manière de voir, et d'abord des arguments cliniques : les Plasmocytomes des os sont toujours malins et méritent bien le nom de « sarcomes plasmocytaires » que Masson leur a donné ; ils donnent de rapides métastases ; leur pronostic est des plus sombres au point de vue vital, tous caractères importants qui n'appartiennent en rien aux Plasmocytomes des voies aériennes supérieures.

Bien plus, rien, au point de vue anatomo-pathologique, ne permet également de les rapprocher. Si l'élément constitutif est commun : le Plasmocyte, il manque cependant, aux formations qui nous occupent, toute la série des signes distinctifs qui valent à une tumeur l'épithète de maligne : mitoses multiples, monstruosité nucléaires, prolifération active, destructive, locale ou à distance.

Et nous sommes ainsi amenés à affirmer que le Plasmocytome des voies aériennes supérieures, en tant que formation localisée, autonome, n'est nullement une tumeur maligne.

2° NATURE TUMORALE DES PLASMOCYTOMES DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES.

Dès lors, peut-on considérer cette prolifération plasmocytaire considérable, exclusive, limitée, comme une véritable tumeur, ce que l'on serait tenté de faire en n'envisageant que les caractères morphologiques des Plasmocytomes des voies aériennes supérieures ?

Le problème présent est celui qui se pose, et nulle part davantage qu'ici, pour la plupart des tumeurs bénignes, épithéliales et surtout conjonctives. Nous n'ignorons pas, en effet, qu'il existe tous les intermédiaires possibles entre la prolifération tumorale d'un élément déterminé et l'hyperplasie inflammatoire de ce même élément. Et cette notion oblige à beaucoup de réserve, avant d'affirmer la nature tumorale des Plasmocytomes des voies aériennes supérieures; ainsi qu'elle oblige à n'employer le terme de « Plasmocytome » qu'avec circonspection. D'ailleurs les dénominations de « granulomè plasmocellulaire » créée par Franck et Kusunocki, de « lymphogranulomatose plasmocellulaire » créée par Kaufmann, montrent combien dans l'esprit de

quelques auteurs, la nature inflammatoire de telles tumeurs paraît déjà probable.

3^e RAPPORTS AVEC L'INFLAMMATION.

En faveur de cette nature inflammatoire plaident divers arguments :

Cliniquement, la prolifération plasmocytaire au niveau des voies aériennes supérieures qu'on observe généralement chez des sujets, aux environs de la quarantaine et au-dessus, est presque toujours précédée d'une phase, plus ou moins longue, de cette laryngite chronique hyperplasique que Kaufmann appelle « pachydermia laryngis ». Ainsi, dans les deux cas que nous rapportons, nos malades ont eu, l'un pendant une trentaine d'années, l'autre pendant une douzaine d'années, à se faire soigner pour de multiples atteintes laryngées ou trachéales avec toux et enrouement plus ou moins tenaces. Et ce n'est qu'au bout de ces périodes, que le Plasmocytome organisé à la longue, les a obligés à se faire hospitaliser et opérer.

Un autre argument, mais celui-ci, anatomique, c'est la coexistence, très discrète il est vrai, de lésions inflammatoires subaiguës que l'on pourrait rencontrer dans une tumeur épithéliale bénigne, mais inhabituelle, sous cette forme, dans une tumeur conjonctive : la sclérose, la formation au sein de celle-ci de néo-vaisseaux, les phénomènes conges-

tifs, œdémateux du chorion avec amas lymphocytaires polymorphes périvasculaires.

4^o RAPPORTS AVEC L'INFLAMMATION SYPHILITIQUE.

Si donc l'on admet comme probable la nature inflammatoire de ces formations, la présence presque exclusive de Plasmocytes peut faire envisager le rôle de la syphilis dans leur genèse. Au premier abord, elles semblent bien, en effet, réaliser le « Plasmome » de Unna si souvent rencontré dans la syphilis.

Les rapports des plasmocytomes des voies aériennes supérieures avec l'inflammation syphilitique ont été envisagés d'ailleurs, par divers auteurs et tout récemment, le 15 décembre 1930, au cours de la séance de la Société de Laryngologie de Paris, M. le professeur Lemaître, à propos de l'un des cas que nous rapportons, a bien insisté sur ce point et l'a illustré « d'un souvenir personnel au sujet d'un malade ». Il s'agissait d'un homme dont une des narines était complètement obstruée par une grosse masse faisant hernie au dehors ; le diagnostic clinique porté fut celui de sarcome, mais l'examen histologique révéla une néoformation plasmocytaire. Aussitôt institué, un traitement anti-syphilitique fit complètement disparaître la tumeur. « Il s'agissait donc, conclut le professeur Lemaître, d'une lésion spécifique qui s'était manifestée sous la forme tumo-

rale, inflammation subaiguë réalisant une sorte de tumeur plasmocytaire».

Nous-même, avons envisagé cette possibilité, et chez l'un de nos malades, dont le Wasserman avait été négatif en juin 1930, nous avons fait pratiquer, il y a trois semaines, un autre examen de sang, mais après réactivation au moyen de deux injections de 0,15 de Novar. Le Wassermans s'est montré cette fois franchement positif.

Ces faits seraient très intéressants s'ils s'avéraient très nombreux ; ils conduiraient à instituer une thérapeutique active, mais nous ne croyons pas que l'on puisse établir un rapport de causalité formel et constant, entre l'infection syphilitique et les plasmocytomes des voies aériennes supérieures.

Il est certain, en effet, que la syphilis n'est pas toujours observée chez de tels malades, loin de là. Ainsi, après le même procédé de réactivation, un examen de sang pratiqué chez notre deuxième malade s'est montré, comme en 1927, toujours négatif ; il en a été de même pour la recherche clinique de tous stigmates de syphilis. Au surplus, nous n'avons guère retrouvé, dans les observations allemandes de plasmocytomes des voies aériennes supérieures, de mention spéciale se rapportant à la syphilis ; dans trois ou quatre d'entre elles, le Wassermann était signalé invariablement comme négatif.

Et d'ailleurs, histologiquement, s'il y a prédominance de plasmocytes, ceux-ci ne présentent nulle-

ment la topographie qu'ils affectent dans la lésion syphilitique ; il n'y a pas de localisations péri-vasculaires, pas de trace de nécrose gommeuse, pas d'altérations vasculaires ; la sclérose enfin ne présente nullement l'intensité qu'elle réalise dans l'inflammation syphilitique. Ce n'est, en somme, l'aspect d'aucune forme connue de la lésion spécifique, localisée au larynx ou dans les voies aériennes supérieures.

La présence d'un élément cellulaire prédominant ne suffit pas à caractériser une inflammation, dite spécifique, et surtout l'inflammation syphilitique. Ce n'est que le groupement de divers éléments histologiques qui permet de la définir. Mais ceci ne veut pas dire que de telles lésions ne puissent se voir chez des syphilitiques. Si l'infection syphilitique ne semble pas intervenir directement dans la genèse des plasmocytomes des voies aériennes supérieures, il est possible qu'elle réalise, par l'intermédiaire ou non de lésions laryngées plus ou moins discrètes, un « terrain » favorable à l'éclosion et au développement des « tumeurs » qui nous occupent.

5° Dès lors, si les plasmocytomes des voies aériennes supérieures ne peuvent être rattachés, à notre avis, et pour les raisons que nous avons vues, à une tumeur maligne ; si l'on ne peut davantage les considérer comme de véritables tumeurs bénignes, au sens littéral du mot tumeur, il ne nous semble pas,

non plus, que l'on puisse en faire une forme de l'inflammation syphilitique.

Les plasmocytomes des voies aériennes supérieures semblent être par contre la conséquence d'un processus inflammatoire chronique dépourvu d'un déterminisme étiologique constant.

Les conditions dans lesquelles ils surviennent, semblent bien plaider en faveur de cette conception. Comme nous l'avons vu plus haut, il s'agit, en effet, généralement, de malades dont les voies aériennes supérieures ont eu à souffrir, à maintes reprises, de poussées inflammatoires d'allure bénigne, il est vrai, telles que : angines, laryngites, trachéttes, mais dont la répétition n'a pu que favoriser l'installation d'un état chronique, si propice à la prolifération d'éléments cellulaires de toutes sortes.

Et cependant, l'effet de cette inflammation banale, de ses causes multiples, est bien particulier : de telles formations sont pourvues de caractères histologiques qui suffisent à les identifier, à en faire une sorte d'entité histologique.

L'on peut, à notre sens, trouver en grande partie l'explication de ce fait dans ce que l'on connaît de l'histo-physiologie de l'origine des plasmocytes, et des conditions qui semblent régler leur apparition dans les tissus, conditions que Unna, Schridde, Jolly, Dubreuil et Favre, Aschoff ont cherché à préciser.

Cette cellule, dérivée, de l'avis de la plupart des

auteurs, des lymphocytes, ou directement des histiocytes d'Aschoff, se trouve normalement, non seulement dans les organes lympho-hémopoïétiques, mais aussi avec une abondance plus ou moins grande dans la paroi du tube digestif et surtout dans le chorion des voies aériennes supérieures. C'est aussi, et particulièrement, une cellule de l'inflammation subaiguë.

Le rapport numérique qui existe, dans toute inflammation, entre les plasmocytes et les autres éléments cellulaires histiogènes est variable, suivant des conditions nombreuses, mais encore fort mal déterminées. Il semble, d'après divers histologistes, que les plasmocytes soient surtout nombreux, là où se produisent des phénomènes de résorption lente. Les plasmocytes, en nombre prédominant, traduisent, sans nul doute, une modalité réactionnelle particulière d'un tissu en présence d'un processus inflammatoire. Cette réaction se produit électivement dans les régions où le plasmocyte est normalement abondant.

L'on peut concevoir, ainsi, en l'absence actuelle de données histo-physiologiques plus précises, que puisse être réalisée une intense prolifération portant sur un seul type cellulaire, doué de propriétés spéciales, prolifération dont l'origine est inflammatoire, mais dont l'effet est de constituer de véritables pseudo-tumeurs.

TRAITEMENT

Aussitôt diagnostiqué, le plasmocytome devra être enlevé.

Plasmocytome laryngo-trachéal.

L'indication opératoire peut, dans les cas où les troubles de la respiration sont particulièrement intenses, se poser d'urgence, et conduire à pratiquer une trachéotomie (obs. II).

Mais le plus souvent, il se posera une indication d'opportunité en vue de rétablir la liberté de la respiration et d'empêcher la dyspnée de prendre des proportions dangereuses pour la vie du malade.

TECHNIQUES EN PRÉSENCE. — Nous nous trouvons en présence de trois modes de traitement possible :

- L'exérèse sanglante ;
- La galvano-cautérisation ;
- L'électro-coagulation.

L'exérèse sanglante est pratiquement le seul mode de traitement qui a été employé dans les observations que nous avons mentionnées.

Elle peut être effectuée, soit par les voies naturelles et sous-anesthésie locale, au moyen de la pince ou du serre-nœud; soit par voie externe, méthode qui permet d'arriver directement sur les néoformations et de s'assurer de leur ablation complète.

Suivant le siège du plasmocytome, on sera amené à intervenir à des niveaux différents du conduit aérien.

Dans le plasmocytome du larynx est indiquée la thyrotomie (obs. I).

Plus bas dans la sous-glotte, on aura recours à une crico-thyrotomie (obs. II), et parfois même une crico-thyro-trachéotomie dans les cas d'un plasmocytome franchement trachéal.

Au cours de ces différentes interventions, on aura bien soin d'enlever la base d'implantation jusqu'au squelette laryngé ou trachéal, et pour plus de précaution, on électro-coagulera la surface cruentée, pour détruire jusqu'au dernier vestige de la tumeur.

Les traitements physiques : la galvano-cautérisation et l'électro-coagulation qui ne sont pas employés communément, pourraient trouver leur indication dans les cas de tumeurs très limitées et facilement accessibles. Signalons également qu'il est possible d'utiliser au cours de l'intervention chirurgicale, l'action hémostatique du galvano-cautère et de l'électro-coagulation.

Plasmocytome du Cavum.

Son ablation se fait en général par les voies naturelles, sous-anesthésie locale, à la pince ou au serre-nœud.

Dans son observation, Werdt signale qu'il a usé de l'anse diathermique pour l'ablation de son plasmocytome de la face pharyngienne du voile.

Plasmocytome de l'Amygdale.

Il est justiciable de l'amygdalectomie et dans le seul cas signalé par Opikofer, cet auteur note que l'opération s'est faite sans difficulté, l'absence d'adhérences facilitant l'énucléation de l'amygdale.

Résultats.

Les résultats post-opératoires sont bons car la tumeur est strictement locale, cependant il faut que l'exérèse ou la destruction physique des éléments néoformés soit complète.

Sinon les récidives sont toujours possibles. Elles se reproduisent cependant *in situ*, restent limitées et jamais ne dégénèrent. Une réintervention radicale en vient généralement à bout.

CONCLUSIONS

I. — Les plasmocytomes des voies aériennes supérieures sont d'une extrême rareté. Nous avons pu relever dans la littérature médicale huit cas dont deux en France.

II. — Cliniquement, ce sont des proliférations dépourvues de tout caractère de malignité ; l'évolution en est très lente. Longtemps, leur symptomatologie reste noyée dans un syndrome d'inflammation chronique des voies aériennes supérieures, et ce n'est que par l'apparition des troubles mécaniques dus à leur volume que l'attention est attirée.

III. — Le diagnostic clinique, vu la rareté de l'affection, n'est presque jamais posé. Aussi convient-il d'insister sur l'importance primordiale de la biopsie et de l'examen histologique.

IV. — Anatomico-pathologiquement, rien ne permet de les rapprocher des tumeurs plasmocytaires des os ou « sarcomes plasmocytaires de Masson ». L'élément constitutif est commun : le plasmocyte ; mais l'examen des coupes ne révèle aucun des caractères habituels d'une tumeur maligne.

V. — Cela a donc amené à rapprocher les plasmocytomes des voies aériennes supérieures de ces pseudo-tumeurs à étiologie inflammatoire incontestable, et il semble bien, en effet, qu'il faille les considérer comme la conséquence d'un processus inflammatoire chronique banal, dépourvu d'un déterminisme étiologique constant. Quant à la syphilis, il faut lui faire une place très restreinte à leur origine, sans pour cela lui nier toute action possible dans la constitution d'un terrain favorable à l'éclosion et au développement des plasmocytomes des voies aériennes supérieures.

VI. — Le traitement doit être celui des tumeurs bénignes de ces régions. L'exérèse sanglante reste le procédé de choix auquel on substituera parfois et on lui adjoindra le plus souvent les méthodes physiques : galvano-cautérisation, électro-coagulation. L'exérèse devra être complète, auquel cas la guérison est définitive. Sinon les récidives sont possibles mais elles restent locales.

Vu : le Président de la thèse,

M. ROUSSY.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Franck et Kusunocki.* — Virch. Arch. f. Anat. Path., 1913, p. 391.
- Wachter.* — Ein Fall von multiplen Plasmocytomen der Nasenrachenraumes (Oberen Luftwege. Arch. f. laryngol. v. Rhinol., 1914, 28-69).
- Opikofer.* — Das Plasmocytom (Beitr. z. Anat. des Ohres., t. 23, p. 574-594, 1926).
- Rossle.* — Maligne Plasmocytom des Nasenrachenraumes (Schweiz. Med. Wochenschr., 13, 1926).
- Huckel (R.).* — Ueberein Plasmocytom des Nasenrachenraumes (Virch. Arch., 264, 1927).
- Pallestrini (E.).* — Su di un plasmoma atipico e maligno des naso (Arch. per. Sc. med., 51, 175-182, 1927).
- Bourgeois et Huet.* — Plasmocytome du larynx (Les Annales. d'oto-laryngologie, n° 2, février 1929, p. 166).
- Borri (C.).* — Plasmomi delle fosse nasali e della faringe (Valsalva, 5, 416-424, juillet 1929).
- Rogers (J. T.).* — Plasmoma of naso-pharynx (Canad. M. A. J., 10, 223, mars 1929).
- Rosenwasser (H.).* — Plasmocytoma of nasal cavity (Laryngoscope, 40, 576-582, août 1930).
- Vilar Sancho et Ferrer (A.).* — Résultats du traitement radiothérapique de deux carcinomes et un plasmocytome de l'amygdale (Rev. Med. Barcelona, t. 13, p. 235-239, 1930).

- Mac Cartney.* — Multiple plasmocytomata (Scott. Soc. of. O. L., in J. of Laryngol., t. 45, p. 269, 1930).
- Leroux, Lallemant, Delarue.* — Plasmocytome de la trachée (Les Annales d'oto-laryngologie, n° 2, février 1931, p. 200).

